Ein Fall von retroperitonealem Myxolipom.

■■■

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Gesamten Medizin

verfasst und einer

hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Ernst Friedmann.

ACAD. LUDWIG MAX. BIBL.

■■■

München 1911
RUDOLPH MÜLLER & STEINICKE

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Universität München.

Referent: Herr Geh. Hofrat Professor Dr. Döderlein.

Im Oktober dieses Jahres kam in der kgl. Universitätsfrauenklinik München (Dir. Geh. Hofrat Professor Dr. Döderlein) ein Fall von retroperitonealem Myxolipom zur Beobachtung und Operation.

Da derartige Geschwülste nicht allzu häufig vorkommen, außerdem bis jetzt eine richtige Diagnose vor der Eröffnung des Abdomens auf dem Operations- oder Sektionstisch nur in den allerseltensten Fällen gestellt wurde, erscheint es berechtigt, neubeobachtete Fälle dieser interessanten Tumorbildung zu veröffentlichen.

Anamnese: Die Patientin, eine 37jährige Arbeitersfrau aus Niederbayern wurde am 27. Oktober 1911 in die Klinik aufgenommen. Ihr Vater ist durch einen Unglücksfall ums Leben gekommen, ihre Mutter lebt noch und ist gesund. Von 3 Geschwistern starben 2 als Kinder im vorschulpflichtigen Alter. Die letzte Krankheit und die Todesursache ist hier nicht mehr in Erfahrung zu bringen. Ein Bruder lebt und ist gesund, ebenso der Mann der Patientin. Die Frau selbst will nie krank gewesen sein. Sie hat siebenmal geboren, nie abortiert. 5 der Kinder leben noch und sind gesund, 2 starben im Laufe des ersten Jahres an Lebensschwäche. Die letzte Geburt fand im März 1910 statt. Die letzte Schwangerschaft verlief wie auch die 6 vorhergehenden vollkommen normal, ebenso gingen alle 7 Geburten leicht und ohne Kunsthilfe vor sich. Die Frau war regelmäßig menstruiert bis Anfang April 1911. Die letzte Regel unterschied sich weder an Stärke noch an Dauer (8 Tage) von den früheren und stellte sich auch zur richtigen Zeit ein.

Seit dem letzten Wochenbett hatte die Patientin bei Druck auf die Nabelgegend daselbst mäßige Schmerzen, irgend eine stärkere Resistenz wurde aber von ihr nirgends wahrgenommen. Sie will auch seit ungefähr 1 Jahr eine leichte Zunahme des Leibesumfanges bei sonstiger Abmagerung bemerkt, darauf aber weiter kein Gewicht gelegt haben, da sie zunächst noch keine besonderen Beschwerden verspürte. Bis April 1911 war die Frau noch im Stande, auch schwere Arbeit zu verrichten.

Ende April 1911 wurde dies anders. Es traten jetzt immer heftiger werdende Schmerzen auf, die sich hauptsächlich auf das Kreuz, die Nabel- und rechte Leistengegend lokalisierten, aber auch in beide Beine ausstrahlten. Gehen und Arbeiten

fiel der Patientin jetzt schwer. Auch begann der Leibesumfang nun deutlich zu wachsen. Da die vorher fällige Periode ausgeblieben war, glaubte Patientin zunächst, sie sei wieder in der Hoffnung. Mitte Mai waren die Beschwerden derart, daß sich die Frau entschloß, zum Arzt zu gehen. Dieser stellte eine Geschwulst im Leibe fest und riet der Patientin dringend, die Klinik zwecks Operation aufzusuchen. Da die Schmerzen aber immer noch erträglich waren und aus finanziellen Gründen ließ die Frau die Sache anstehen und verrichtete sogar noch leichte Hausarbeit.

Ende August dieses Jahres traten nun sehr starke Schmerzen im ganzen Unterleib und Fiebererscheinungen auf. Die Patientin mußte sich legen und ließ den Arzt rufen, der, da die Schmerzen kolikartigen Charakter trugen, Sol. Morph. 0,05 : 150,0 innerlich verordnete. Die Schmerzen ließen daraufhin bald etwas nach. Nach dreiwöchentlicher Bettruhe konnte Patientin wieder aufstehen und auch etwas im Zimmer umhergehen.

Ende Oktober entschloß sie sich nun endlich zur Operation und suchte die Klinik auf.

Urin- und Stuhlentleerung erfolgten bei der Patientin immer normal. Erbrechen war nie vorhanden. Die Periode cessierte endgiltig seit April ds. Js.

Der früher behandelnde Arzt, Herr Dr. S. in S., hatte die Güte, mir seinen Befund vom 16. Mai 1911, an welchem Tage er die Patientin in der Sprechstunde untersuchte, mitzuteilen:

In Nabelhöhe eine weckenartige, quer in der Bauchhöhle gelagerte, harte Geschwulst von weit über Kindskopfgröße, die nach allen Seiten streng abgesetzt ist. Der Uterus zeigt keine Veränderung. Diagnose: Uterusmyom.

Im September 1911 untersuchte Herr Dr. S. die Patientin wieder. Befund: Die Geschwulst ist riesig gewachsen, der Leib mächtig ausgedehnt. Die Beine sind ödematös.

Status: Untermittelgroße, etwas kachektische Person von deutlich reduziertem Körperzustand. Gew. 60 kg. Haut und Schleimhäute zeigen blasses Aussehen. Herz und Lunge sind gesund. Die Brüste sind schlaff, besitzen wenig Drüsensubstanz und sind ohne Inhalt.

Das Abdomen erscheint halbkugelig aufgetrieben, ähnlich wie bei einer Gravida gegen Ende der Schwangerschaft. Jedoch ist die Wölbung nicht ganz symmetrisch, sondern etwas nach rechts verschoben. Umfang des Leibes in Nabelhöhe 98 cm. Es besteht eine mäßige Diastase der Recti. Frische Striae sind nicht vorhanden. Unter den mäßig straffen Bauchdecken ist ein die ganze rechte Seite des Abdomens vom Rippenbogen bis zum Darmbein und bis über die Mittellinie ausfüllender, ziemlich weicher, dabei elastischer Tumor zu fühlen. Die Bauchdecke ist über ihm gut verschieblich. Auch sonst ist er nach

allen Seiten etwas beweglich. Seine Oberfläche erscheint einheitlich, irgend eine stärkere Lappung kann wenigstens nicht wahrgenommen werden. Fluktuation ist nicht nachzuweisen. Ueber dem Tumor ist der Perkussionsschall absolut gedämpft. Diese Dämpfung geht nach oben in die Leber-, nach hinten in die Lendendämpfung über. Sonst ergibt das Abdomen überall den normalen tympanitischen Schall. Eine besondere Schmerzhaftigkeit auf Druck ist nirgends vorhanden.

Es besteht leichter Vaginalprolaps. Der Uterus ist links hinter dem horizontalen Schambeinast zu tasten, von normaler Größe und beweglich. Die linken Adnexe sind vollkommen frei, anscheinend auch die rechten.

An den unteren Extremitäten sind Oedeme vorhanden.

Der Puls ist regelmäßig, kräftig.

Der Urin eiweißfrei und ohne Sediment.

31. X. 11. Operation in Lumbalanästhesie (Geheimrat Dr. Döderlein). Beckenhochlagerung. Medianer Längsschnitt von der Symphyse bis über den Nabel. Die Bauchdecken sind mäßig fett. Das Peritoneum parietale ant. zeigt keine Besonderheiten. Nach dessen Durchtrennung präsentiert sich ein solider, weicher Tumor, der bis zum Zwerchfell reicht und mit dem Netz und Darmschlingen ziemlich fest verwachsen ist. Es gelingt, ihn vor die Bauchdecke zu wälzen und die Darm- und Netzverwachsungen zu lösen. Es zeigt sich dabei, daß der Tumor retroperitoneal gelegen ist und von der rechten Seite ausgeht. Der Uterus und die beiden Adnexe sind nicht daran beteiligt.

Das den Tumor überziehende Peritoneum wird hierauf gespalten und dieser vorsichtig unter sorgfältigster Schonung des ihm seitlich angelagerten r. Urethers und der unter ihm liegenden großen Gefäße ausgeschält. Die Blutung hält sich dabei in mäßigen Grenzen. Die rechten Adnexe werden mitgenommen, während Uterus und linke Adnexe unberührt bleiben. Die Suche nach zurückgebliebenen Resten des Tumors, Metastasenbildung und weiteren Tumoranlagen bleibt erfolglos.

Das große Wundbett wird nach Möglichkeit verkleinert und mit Peritoneum übernäht. Es wird dann eine Drainage mittels Gummidrain nach der seitlichen Bauchwand durch einen eigens dazu angelegten Schnitt ausgeführt und die Bauchhöhle darauf geschlossen.

Die Wundheilung nimmt einen guten Verlauf, so daß die Patientin am 22. November 1911 aus der Klinik entlassen werden kann. Entlassungsgewicht bei völligem subj. Wohlbefinden 47 kg.

Der herausgenommene Tumor hat ein Gewicht von 10 kg. Er präsentiert sich als ein in der Grundform ovaler, im Sagittaldurchmesser etwas abgeplatteter Körper. Sein Längsdurchmesser beträgt 26 cm, der Querdurchmesser 23 cm, der Sagittaldurchmesser 21 cm. Die Oberfläche ist homogen, eine Lappung nur

ganz leicht angedeutet. Nur der obere Pol der Neubildung zeigt eine etwas tiefer gehende Einkerbung, es ist dies vielleicht ein Rest der an ihr früher diagnostizierten Weckenform. An der Vorderfläche hängt, pendelnd an einem kurzen Bindegewebsstrang, ein ungefähr nußgroßer Knoten.

Der gelbliche Tumor zeigt überall an seiner Oberfläche eine gleichmäßig weiche Konsistenz. Fluktuation ist nirgends wahrzunehmen.

Auf dem Schnitt zeigt sich, daß der Tumor eigentlich aus einer großen Zahl teils gelblicher, derber, teils sulzig transparenter runder Knollen besteht. Die Zwischenräume zwischen den einzelnen Knoten werden durch ein Bindegewebe ausgefüllt, das einen ziemlich festen Zusammenhang schafft. Dadurch wird auch die homogene Oberfläche des Tumors hergestellt.

Nach der makroskopischen Untersuchung lautete die Diagnose: Retroperitoneales Myxolipom.

Zur mikroskopischen Untersuchung wurden aus den verschiedensten Teilen des Tumors und zwar sowohl aus den derben, konsistenten, als auch aus den transparenten, ödematösen Partien Stücke entnommen, in Formol fixiert und in Paraffin eingebettet. Gefärbt wurde mit Hämatoxylin-Eosin und auf Schleim mit Kresylviolett.

Die mikroskopische Untersuchung bestätigte die schon makroskopisch gestellte Diagnose: Alle konsistenteren Partien zeigen typisches Fettgewebe. Die bei der makroskopischen Betrachtung als ödematös, bezw. myxomatös imponierenden Partien ließen unter dem Mikroskop bei Hämatoxylin, Eosinfärbung typische verästelte Sternzellen erkennen und zwischen den Maschen des Retikulums eine geronnene, mit Eosin sich färbende Substanz. Diese zeigte bei der Kresylfärbung den typischen roten Farbenton des Mucins. Das Bindegewebe ließ an manchen Stellen einen ziemlichen Kernreichtum erkennen, jedoch wurden nirgends Stellen gefunden, die einen Verdacht auf sarkomatöses Gewebe begründet hätten.

Die Zahl der publizierten Fälle retroperitonealer Lipome ist in den letzten beiden Jahrzehnten bedeutend gewachsen. Salzer, der selbst über 3 Fälle berichtet, konnte 1888 erst elf veröffentlichte Fälle derartiger Geschwülste finden. Büttner stellte 1894 27 Fälle zusammen, Heinricius 1900 deren 40. Dieser letzteren Sammlung fügte Voeckler weitere 40 im Jahre 1909 hinzu. Gegen Ende des Jahres 1910 gab Vegesack eine Zusammenstellung von 109 Fällen.

In den bisherigen Casuistiken vermisse ich ein von Küstner im Jahre 1901 bei einer 32jährigen Frau entferntes 8 kg schweres

retroperitoneales Myxolipom. Ein weiterer Fall wurde in diesem Jahre von Richter veröffentlicht, so daß ich mit dem in der Münchner Frauenklinik operierten 112 Fälle zusammenstellen kann.

Bei diesen 112 Fällen finde ich das Geschlecht 103 mal angegeben, 76 der publizierten Fälle betreffen Frauen = 73,8 %, 27 Männer = 26,2 %. Es ergibt dies eine Beteiligung der Geschlechter im Verhältnis von 2,84:1. Büttner fand unter seinen Fällen 30 Prozent, Voeckler 24,7 Prozent, Vegesack 25,8 Prozent Männer. Diese 4 Statistiken stimmen also dahin überein, daß retroperitoneale Lipombildung bei Frauen fast dreimal häufiger vorkommt wie bei Männern. Die mit großen Zahlen arbeitenden Statistiken über periphere Lipome stellen bei diesen eine geringere Frequenzspannung fest, obgleich auch da die Frauen immer überwiegen (Grosch, Dorpater chir. Klinik 665 Fälle, 1,62:1). Es scheint also die bei Frauen überhaupt vorhandene stärkere Disposition für Lipome bei retroperitonealen Lipomen besonders stark hervorzutreten.

Von den 112 Fällen retroperitonealer Lipome betreffen nur etwas über die Hälfte (59 Fälle) — mehr oder weniger sicher, da genaue mikroskopische Untersuchungen nicht immer ausgeführt wurden — reine Lipome, während der Rest aus Geschwülsten besteht, bei denen neben Lipomgewebe in wechselndem Umfang myxomatöse oder sarkomatöse Stellen, oder beides, vorhanden waren, oder wenigstens das Bindegewebe einen so wesentlichen Teil der Geschwulst ausmachte, daß sie als Fibrolipom bezeichnet werden mußte.

Berechnet man getrennt bei den einfachen Lipomen und bei den Mischgeschwülsten die Frequenz der Geschlechter, so kommt man fast zu dem gleichen Prozentverhältnis wie oben.

Für die reinen Lipome (50 Fälle mit Geschlechtsangabe unter Weglassung der bezüglich des Tumorgewebes ganz unsicheren Fälle von Morgagni, Koefoed, Lockwood, die sämtlich bei Frauen beobachtet wurden), finde ich ein Verhältnis von 2,6:1, bei den gemischten Tumoren (50 Fälle mit Geschlechtsangabe) von 2,8:1.

Sucht man aus diesen 50 Fällen gemischter Tumoren diejenigen heraus, bei denen entweder im Primärtumor oder bei später auftretenden Rezidiven Sarkomgewebe gefunden wurde, so verschiebt sich das Verhältnis zu Ungunsten der Frauen. Wir bekommen dann ein Verhältnis von 4 (Fall von Waldeyer, Neupert, Garkisch, Vegesack) : 1 (Voeckler). Ich glaube jedoch wegen der geringen Zahl der Fälle und der bei Verschiedenen unsicheren Gewebsdiagnose nicht, daß diesem letzteren Verhältnis irgend welcher Wert beizumessen ist.

Bei 27 *) der in der Literatur vorhandenen Fälle retroperitonealer Lipome finde ich Myxomgewebe erwähnt. Ich lasse eine Zusammenstellung hier folgen:

1. Waldeyer. 30jähr. Frau. Obduktion. 63 Pfund schwerer, dreiteiliger, retroperitonealer Tumor. Ausgangspunkt die Radix mesenterii. Lipomyxom mit teilweise sarkomatöser Textur. Metastasen in Lunge und Leber.

2. Walser. 34jähr. Frau. Die Laparatomie zeigt einen retroperitoneal gelegenen großen gelappten Tumor in der l. Seite der Bauchhöhle. Myxoma lipomatodes retrop.

3. Homans. 39jähr. Mann. Durch die Bauchdecken ist ein an mehreren Stellen fluktuierender Tumor zu fühlen. Laparatomie: 2 große retroperitoneal gelegene Tumoren werden entfernt. Exitus 4 Stunden p. op. Die Obduktion ergibt noch einen ein und einen drei mannskopfgroßen Tumor. Gesamtgewicht der Tumoren 25 kg. Mikroskopisch: Lipome mit gelatinösen und myxomatösen Partien.

4. Wiglesworth. 43jähr. Frau (Idiotin). Diagnose: Ovarialcystom. Exitus an Marasmus. Obduktion: 1 großer 22 kg schwerer und 3 kleinere retroperitoneal gelegene Tumoren. Myxolipom mit verstreuten Knorpelplatten.

5. Kundrat. Mann in mittleren Jahren. Sektionsbefund: Niere in ein mannskopfgroßes retroperitoneales Myxolipom eingebettet.

6. Rosmanit. 53jähr. Frau. Laparatomie: große Retroperitonealgeschwulst wird ausgeschält. Die rechte Niere wird mitentfernt. Kollaps und Exitus nach der Operation an Anämie. Histol. Diagnose: Fibromyxoma lipomatodes.

7. Terrilon. 35jähr. Mann. Bei äußerster Abmagerung 126 cm Bauchumfang. Durch die Bauchdecken ein teils harter, teils fluktuierender Tumor durchzufühlen. Laparatomie: 28 kg schweres, retroperitoneal gelegenes gelapptes Myxolipom. Exitus 32 Tage p. op. an Peritonitis.

8. Alsberg. 53jähr. Frau. Große, rundliche harte Tumoren im unteren Abdomen. Diagnose: Maligner Tumor von den Genitalien ausgehend. Laparatomie: Multiple, zusammen 17 kg schwere, retroperitoneal im Mesokolon transversum liegende Tumoren werden entfernt. Resektion eines 18 cm langen Stückes Colon transversum. Histol. Diagnose: Lipom, in einigen Knoten Myxomgewebe. Ein faustgroßer Rest des Tumors, verkalkt und steinhart, in der rechten Nierengegend wird zurückgelassen.

---

* Einen weiteren Fall, über den Witte berichtet und den Vegesack als Fibromyxosarkom anführt, kann ich nach meiner Quelle (Centralbl. E. Gynäkologie 1893 pag. 1143) nicht als solches ansehen. Es waren hier zahlreiche kleine Cysten vorhanden, die mit einem klaren, sich schleimig anfühlenden und die Muciureaktion gebenden Inhalt angefüllt und gegen das übrige Tumorgewebe durch dicke Schichten Plattenepithel abgegrenzt waren,

9. Salzer. 40jähr. Mann. 126 cm Bauchumfang. Fluktuation. Laparatomie: Multiple retroperitoneale Tumoren, im Gewicht von zusammen 29 kg werden ausgeschält. Histol. Diagnose: Myxoma lipomatodes. Exitus einige Stunden nach der Operation an Anämie.

10. Tillman. 28jähr. Frau. Laparatomie: 10 kg. schwerer, rotgrauer, großlappiger, solider, retroperitoneal gelegener Tumor. Mikroskopische Diagnose: Myxoma fibromatosum, teilweise Lipom.

Ein Jahr später trat ein Recidiv auf, das für unoperierbar angesehen wurde.

11. Van der Veer. 51jähr. Mann. Laparatomie: Exstirpation des Tumors unmöglich. Exitus an Kachexie. Die Obduktion ergibt ein 28 kg. schweres, retroperitoneal gelegenes, cystisches myxosarkomatöses Lipom.

12. Heurtaux. 60jähr. Mann. Durch Laparatomie wird ein 6,5 kg schwerer, aus mehreren Teilen bestehender weicher Tumor entfernt. Histologische Diagnose: Fibromyxolipom. Heilung.

13. Büttner. 64jähr. Frau. Laparatomie: Ausschälen eines sechzehneinhalb Pfund schweren, retroperitoneal gelegenen Tumors. Heilung. Histologische Diagnose: Fibromyxolipom.

14. und 15. Josephson. 61jährige Frau. Durch Laparatomie wird ein 9 kg. schwerer retroperitoneal gelegener, harter, gelappter Tumor entfernt. Exitus am 2. Tag post. op. Histologische Diagnose: Fibromyxolipom mit ausgebreiteten Verknöcherungen. — 70jähr. Mann. Diagnose in vivo: retroperitoneales Sarkom. Exitus. Die Obduktion ergibt eine die ganze untere Hälfte der Bauchhöhle ausfüllende, an einigen Teilen weiche, geleeartige, im allgemeinen jedoch feste und in mehrere größere und kleinere abgerundete Partien abgeteilte Geschwulstmasse. Gewicht des Tumors 10,35 kg. Mikroskopische Diagnose: Retroperitoneales Myxolipom mit jüngeren, sarkomähnlichen Partien und partiellem Uebergang in Fibrom.

16. Lotheißen. 52jähr. Frau. Ein gewaltiger retroperitoneal gelegener Tumor wird durch Laparatomie entfernt. Exitus. Die Obduktion zeigt noch zwei große zurückgelassene Tumoren. Histol. Diagnose: Myxoma lipomatodes.

17. Lejars. 52jähr. Frau. Diagnose: Ovarialcyste. Laparatomie: 2 Tumoren im Mesokolon des C. ascendens und der Flexura sigmoidea. Entfernung möglichst großer Stücke derselben. Exitus am 11. Tag p. op. Histologische Diagnose: Myxolipom.

18. Gardner und Adami. 35jähr. Frau. Großer fluktuierender Tumor im Epigastrium und der rechten Lumbalgegend. Laparatomie: Exstirpation eines 8 kg wiegenden retroperitoneal gelegenen Tumors. Heilung. Lipom mit myxomatösen Stellen.

19. Hartmann et de la Cêne. 62jähr. Frau. Vor der Laparatomie retroperitonealer Tumor diagnostiziert. Ausschälung desselben. Histologische Diagnose: Lipomyxosarkoma.

20. Küstner. 32jähr. Frau. Laparatomie: Ein über 8 kg schweres retroperitoneal gelegenes Myxolipom wird entfernt. Heilung. Die Diagnose war vor der Operation richtig gestellt worden.

21. Knauer. 46jähr. Frau. Durch die Bauchdecken hindurch ist eine große, mehrlappige, verschiebliche Geschwulst zu erkennen. Wahrscheinlichkeitsdiagnose: Ein- oder beiderseitiges Ovarialcystom mit Echinokokkus der Leber oder multiple Echinokokken. Laparatomie: Ein 7 kg schweres retroperitoneal gelegenes Fibromyxolipom wird entfernt. Heilung.

22. Douglas. 31jähr. Frau. Durch Laparatomie wird ein retroperitonealer Tumor von $14^1/_2$ Pfund entfernt. Heilung. Myxolipom.

23. Vallas. Die Diagnose lautet auf Ascites. Laparatomie ergibt ein Myxolipom des Mesenteriums.

24. Berard et Cavaillon. 60jähr. Frau. Laparatomie: Entfernung eines 12 kg schweren retroperitonealen Tumors. Heilung. Histologische Diagnose: Lipomyxofibrom.

25. Proust et Trèves. 32jähr. Frau. Tumor von 670 g extraperitoneal exstirpiert. Heilung. Lipomyxoma retroperitoneale.

26. und 27. Souligoux. 56jähr. Mann. Laparatomie. Myxoliposarkoma retroperitoneale. — 45jähr. Frau. Retroperitonealer Tumor diagnostiziert. Exstirpation desselben durch Laparatomie. Myxofibrolipoma retroperitoneale.

Die Geschlechter beteiligen sich am Vorkommen der retroperitonealen Myxolipome im Verhältnis von 2,4:1. Also auch hier ein starkes Ueberwiegen der Frauen.

Das Durchschnittsalter beträgt hier 46 Jahre. Für retroperitoneale Lipome im allgemeinen fand Vegesack ein Durchschnittsalter bei den Frauen von 45,3, bei den Männern von 42,1 und nach Weglassung der Kinder (5 Fälle im Alter von 1, $3^3/_4$, 4, 7 und 8 Jahren) von 46,5 bezw. 48,7.

Die Hälfte aller Fälle von retroperitonealen Lipomen und nicht ganz die Hälfte der Fälle von Myxolipomen trifft auf ein Lebensalter zwischen 40 und 60 Jahren. Also ist auch hier wie sonst bei den Lipomen, eine besondere Häufigkeit im mittleren Lebensalter zu beobachten.

Bei 8 Fällen retroperitonealer Lipome erfahren wir, daß kürzere oder längere Zeit nach der operativen Entfernung des Tumors Recidive auftraten. Es sind dies die Fälle von Tillmann, Horn, Heinricius (2 Fälle), Ullmann-Lindquist, Johnstone, Neupert, Voeckler. Der Fall Gerster dürfte hingegen kaum als rezidivierend im eigentlichen Sinne des Wortes zu betrachten sein, da der

vom Schenkel unter dem Lig. Poup. in die Bauchhöhle führende Stiel der Geschwulst von der bei der ersten Operation angelegten Schenkelwunde aus einfach nicht weiter verfolgt werden konnte, da eine Verlängerung der Operationsdauer nicht geraten schien. Es wurde also nur die äußere Hälfte der Geschwulst entfernt, während deren im Abdomen liegender Teil unberührt weiterwachsen konnte, so daß er dann hier nach einigen Monaten als Tumor von der Größe des Kopfes eines zehnjährigen Kindes zur Operation kam. Es liegen da die Verhältnisse ähnlich wie bei den neuerdings von Richter veröffentlichten Fall. Es wurde hier der im Becken liegende Tumor entfernt, die gleich darnach in der Glutäalgegend entdeckte Geschwulst gleichen Charakters wird niemand als Recidiv bezeichnen.*)

Nur bei einem der anderen, unzweifelhaften Recidivfälle (Neupert) war schon im Primärtumor ein sicher sarkomatöser Knoten aufzufinden.

Bei Voeckler wurde die histologische Diagnose sowohl des Primärtumors wie auch des ersten Recidivs noch auf Fibrolipom gestellt, doch sagt Voeckler selbst: „Es ist vielleicht nicht ausgeschlossen, daß einige Stellen in meinem Tumor von anderen Untersuchern schon als sarkomatös bezeichnet werden". Und an einer anderen Stelle: „Immerhin stand die Textur des Tumors der sarkomatösen außerordentlich nahe". In einem „Nachtrag bei der Korrektur" zu seiner Arbeit teilt Voeckler noch mit, daß der Patient wieder ins Krankenhaus aufgenommen werden mußte, wo ein 2. Recidiv des Tumors konstatiert wurde. Die nach dem bald erfolgten Exitus ausgeführte Autopsie ergab: „Zahlreiche retroperitoneale Geschwulstknollen, entlang dem aufsteigenden Colon, in der rechten Nierenfettkapsel, entlang dem Quercolon und zu beiden Seiten der Wirbelsäule. In vielen Knollen fanden sich eiterähnlich erweichte Stellen, mehrfach große mit bröckligem Inhalt gefüllte Zerfallcysten.**) Im Unterhautfett der Bauchwand saß ein metastatischer Knoten. Mikroskopisch erwiesen sich die Knollen am Colon ascendens als reine Lipome, die übrigen waren zellreicher, ähnlich wie einige Präparate, die vom Primärtumor und vom ersten Recidiv gewonnen worden waren. Meistens lagen die Zellen sogar noch dichter, so daß man diese Partien wohl als Sarkom bezeichnen mußte. Der subkutane Knoten zeigte am ausgesprochensten Sarkomban".

*) Der Fall Gerster wird von Verschiedenen, so von Neupert, Vegesack als sarkomatöser Tumor aufgefaßt Ich kann an der meistens citierten Stelle: Annals of surg. 1898 Ad. XXVII S. 657 Transaktions of the New York Surgical Society, weder bei der Schilderung der ersten von Dr. Van Arsdale vorgenommenen noch bei derjenigen der zweiten, von Gerster ausgeführten Operation etwas von einem Sarkom finden Dagegen heißt es im Bericht ausdrücklich: »The pathologist reported that it was a fibrolipoma«.

**) Cysten enthielt auch schon den Primärtumor.

Nach diesen Ausführungen Voecklers glaube ich, daß wir es hier doch mit einem Sarkomrecidiv zu tun haben, dessen Primärtumor schon maligen war.

Einer der recidivierenden Fälle war ein Myxolipom, bestand also zum Teil aus einem Gewebe, das je nach seinem klinischen Verhalten bald als gutartig, bald als bösartig bezeichnet wird. Ich glaube, daß gerade das in den retroperitonealen Lipomen auftretende Myxomgewebe in der Regel als gutartig anzusehen ist, auf keinen Fall scheint es die Recidivierung besonders zu begünstigen, denn bei den 27 Fällen retroperitonealer Myxolipome in der Literatur ist der Tillman'sche Fall der einzige recidivierende, während sonst auf 11 retroperitoneale Lipome (incl. der Mischgeschwülste) bereits ein Rezidiv trifft.

Es bleiben dann noch 5 recidivierende Fälle, bei denen sowohl der Primärtumor wie auch sein Recidiv aus Gewebe bestand, das allgemein als gutartig gilt, also reine Lipome und Fibrolipome. Diese gutartige Rezidivierung gutartiger Geschwülste erklärt Voeckler folgendermaßen:

1. Die Geschwülste sind von vornherein multipel angelegt, so daß bei Entfernung der Hauptgeschwulst an anderen Stellen kleine Geschwülste zurückbleiben, die weiter wachsen und erst später bei einer gewissen Größe bemerkbar werden.

2. Die Geschwulst verzweigt sich im lockeren retroperitonealen Zellgewebe, ähnlich wie wir das bei einem Lipoma arborescens kennen, so daß es bei der Exstirpation nicht gelingt, alle Ausläufer mit zu entfernen. Auch hier geht von zurückgebliebenen Resten das Rezidiv aus.

Besonders die erstere Erklärung erscheint sehr einleuchtend, denn bei den meisten dieser gutartigen Rezidivfälle handelt es sich tatsächlich um multiple Tumoren; und daß einzelne Lipomknoten leicht übersehen werden können, zeigt der von König veröffentlichte Fall, bei dem die 8 Tage nach der Operation stattgefundene Obduktion noch einige kleine zurückgelassene Knoten aufdeckte. Vielleicht wirkt auf solche kleine zurückgebliebene Geschwülste auch die durch die Entfernung der großen Tumoren bedingte Gewebsauflockerung und -entspannung als Wachstumsreiz.

In den retroperitonealen Lipomen wurde auch öfter, manchmal sogar in großem Umfang, Verknöcherung (Josephson, Vestberg, Ullmann) und Verkalkung (Pean, Voeckler u. a.) in anderen Knorpelbildung (Wiglesworth), beobachtet. In einigen Fällen wird auch über mehr oder weniger ausgebreitete Zystenbildung berichtet (Büttner, Witte, Borst, Heinricius, Voeckler u. A.). Es sind dies in der Regel Zerfallscysten mit öligen oder schleimigen (Witte) Inhalt. Borst führt bei seinem Fall die Zystenbildung auf eine einfache Verflüssigung der Fettsubstanz zurück.

Die retroperitonealen Lipome treten in den verschiedensten Formen auf, bald als solitäre Knoten mit mehr oder weniger ausgesprochener Lappung, bald wieder als ein Konglomerat von lose zusammenhängenden Knollen. Diese einzelnen Knollen können sehr verschiedene Größe haben von Taubenei bis zu Mannskopfgröße. In einigen Fällen entbehrten diese Knoten jeden Zusammenhanges und lagen verstreut im retroperitonealen Gewebe (Roux, Homans, Spencer Wells, Alsberg, Lejars, Josephson und Vestberg).

Zwischen reinen Lipomen und Mischgeschwülsten ist in Bezug auf die Form des Auftretens kein Unterschied zu konstatieren, ebenso wenig in Bezug auf ihre Größe. Die retroperitonealen Lipome kamen meist erst dann zur Beobachtung, wenn sie durch ihre Größe anfingen, ihren Trägern Beschwerden zu machen. So kommt es, daß wir nur in einigen Fällen, und dann nur bei Kindern von solidären apfel- bis kindskopfgroßen Tumoren hören, meist werden sie beschrieben als weit über mannskopfgroß bis zu einem Gewicht von 63 Pfund.

Verschiedentlich finden wir nähere Angaben über den Ausgangspunkt der Geschwülste. In sehr vielen Fällen wird als solcher das Fettgewebe der Nierenkapsel erwähnt, in anderen das retroperitoneale Binde- und Fettgewebe zu beiden Seiten der Wirbelsäule. Auch das Beckenbindegewebe kommt für einige wenige Fälle in Betracht. Interessant und für die Beurteilung der Aetiologie dieser Geschwülste vielleicht nicht ohne Bedeutung ist, daß König den bei seinem 44jähr. Pat. bestehenden Descensus imperf. test. sin. auf die Geschwulstanlage zurückführt.

Das klinische Bild, welches diese retroperitonealen Lipome zeigen, entspricht im großen und ganzen dem der anderen großen Bauchtumoren. Das häufig sehr schnelle Wachstum der Geschwülste und die oft vorhandene Kachexie der Patienten täuschen mitunter eine Malignität vor.

Als Allgemeinsymptome werden in verschiedenen Krankengeschichten nervöse Störungen, wie Ohrensausen, Nausea, Herzklopfen, Ohnmachten, geschildert, Gemütsdepression, Angstgefühle, unruhiger Schlaf wurden einige Male beobachtet. In einigen Fällen traten diese Erscheinungen Jahre vor dem Manifestwerden der Geschwulst auf. Abmagerung und ein mit der Geschwulst wachsender Kräfteverfall wird fast immer erwähnt. Auf die Organe des Brustraumes wirkten die großen Tumoren durch eine oft sehr bedeutende Hochdrängung des Zwerchfelles ein. Der Druck auf die großen Abdominalgefäße machte sich in Oedemen der unteren Extremitäten und der Bauchdecken, in einigen Fällen als Ascites, der Druck auf Nerven durch Schmerzen im Abdomen mit Ausstrahlungen in die Schenkel bemerkbar. Urinsekretion und -Entleerung waren meist wenig gestört. Hartnäckige Obstipation wird mehrmals erwähnt.

Der lokale Befund ist sehr verschieden, je nach Größe, Beschaffenheit und Sitz des Tumors, und kann innerhalb verhältnismäßig kurzer Zeit — wie der Münchner Fall zeigt — sich bedeutend verändern.

In allen Fällen war beim Eintritt des Pat. in ärztliche Behandlung das Abdomen bereits aufgetrieben, manchmal bis zum Extrem. Die Konsistenz der darunter liegenden Geschwulst war bald hart, bald weich, fest oder fluktuierend, ihre Oberfläche glatt und einheitlich, oder ließ deutliche Lappung fühlen. Auch die Verschieblichkeit auf der Unterlage wechselte in hohem Grade.

Der Tumor gibt, entsprechend seiner Konsistenz, immer gedämpften Schall. Die Grenzlinie zwischen Dämpfung und Darmtympanie läuft ganz verschieden, je nach Größe und Sitz der Geschwulst.

Entsprechend diesen wechselnden und wenig charakteristischen Symptomen wurde die Diagnose Retroperitoneallipom nur in 3 Fällen (Terrier, Schiller, Küstner) präzis gestellt. In einigen anderen Fällen wurde wenigstens die retroperitoneale Lage des Tumors erkannt. Unter den sonstigen Diagnosen kehrt am häufigsten bei Frauen die Diagnose Ovarialcystom wieder, auch an Uterus- und Nierentumoren, Hydronephrose, Echinokokkus wurde gedacht, Peritonealtuberkulose oder Ascites wurde vereinzelt diagnostiziert.

Büttner und Josephson geben in ihren Arbeiten Anweisungen, die eine Diagnose erleichtern sollen und vielleicht nicht ganz ohne Bedeutung sind.

Büttner legt Wert auf folgende Konstatierungen:

1. Gegend, in der der Tumor zuerst bemerkt wurde,
2. Fehlen oder Vorhandensein eines Zusammenhanges mit den Genitalien,
3. Topographische Dislokation des Darmes.

Josephson faßt die Diagnose dahin zusammen:

Ein Bauchtumor, der ohne Malignität eine bedeutende Größe erreicht, der retroperitoneal zu liegen scheint, den Dickdarm völlig von der einen Seite verschiebt (matter Ton), der beinahe oder völlig den Eindruck von Fluktuation gibt, ist wahrscheinlich ein retroperitoneales Lipom. Fühlt man den Tumor nahe unter den Bauchdecken in der Lumbalgegend, schnellt ein Teil derselben zurück, wenn er von der hinteren Bauchwand abgezogen wird, so ist der Tumor so gut wie sicher retroperitoneal. Fühlt man, daß er aus größeren Lappen besteht, welche auffallend verschiedene Grade von Konsistenz zeigen und ist ein Teil derselben verkalkt, so ist er ziemlich sicher ein retroperitoneales Lipom. Probepunktion ist in dem Fall von geringerem Wert, Probeincision in höchstem Grade indiziert. (Nach Heinricius.)

Wird bei einem Abdominaltumor überhaupt an die Möglichkeit eines retroperitonealen Lipoms gedacht, so kann unter

Beherzigung dieser Gesichtspunkte immerhin einmal die richtige Diagnose gestellt werden, — vorausgesetzt, daß eben diese angegebenen Symptome auch vorhanden sind, ein Fall, der aber nur bei einem Teil der Geschwülste zutreffen dürfte.

Als Therapie kommt einzig und allein die möglichst frühzeitige und vollständige operative Entfernung der Geschwulst in Frage. Jedes Abwarten würde nur, da mit Sicherheit ein weiteres Wachstum des Tumors, begleitet von zunehmender Kachexie des Patienten zu erwarten ist, die Aussichten auf günstige Erfolge vermindern. Der bei weitaus den meisten Fällen allein in Frage kommende Weg dürfte die Laparatomie sein. Andere Operationsmethoden sind bei besonders gelagerten Fällen hie und da mit Erfolg angewandt worden.

Die Operationsmortalität beträgt nach Voeckler 30,6 Prozent, nach Herisson 33 Prozent, nach Vegesack 38 Prozent, doch sind bei diesen Berechnungen die Fälle der voraseptischen Zeit mitgezählt. Außer Peritonitis waren die Todesursachen Verletzungen der Aorta abd. und Vena cava, sehr starker Blutverlust, Herzlähmung.

Vielleicht wurde in dem einen oder anderen Fall auch durch Ligaturen, die den Sympatikus mit faßten das Zentralnervensystem gelähmt. In einigen Fällen, die tödlich verliefen, wurde die Operation schon bei fast desolatem Zustande des Patienten ausgeführt.

Zum Schlusse komme ich der angenehmen Pflicht nach, Herrn Professor Dr. Baisch für seine Unterstützung bei der Bearbeitung, sowie Herrn Geh. Hofrat Professor Dr. Döderlein für die Uebernahme des Referates meinen herzlichsten Dank auszusprechen. Auch Herrn Dr. Nürnberger, Assistent an der Kgl. Universitätsfrauen-Klinik, bin ich für seinen Rat bei der histologischen Beurteilung des Falles zu großem Dank verpflichtet.

Literatur.

Alban Doran. Centralbl. f. Gynäk. 1902 S. 1221.
Alsberg. Deutsche med. Wochenschr. 1887 Nr. 46 S. 994.
Bailey. Ref. bei Büttner.
Bérard et Cavaillon. Lyon méd. 1907. S 25.
Bork. Arch. f. klin. Chir. Bd. 63 S 928.
Borst. Sitzungsber. d. physik.-med. Ges. Würzburg 1896 S. 44.
Ders. Die Lehre von den Geschwülsten Bd. 1.
Brandt. Dissert Greifswald 1906.
Broca. Bull. soc. anat. de Paris 1850. S. 147.
Bruntzel. Berl. klin. Wochenschr. 1882 Nr. 49 S. 745.
Büttner. Dissert. Leipzig 1894.
Cauvy. Montpellier méd. 1874. S. 97.
Chavannaz. Journal méd. de Bordeaux 1899 Nr. 51. S. 577.
Cooper-Forster. Transact. path. Soc. of London 1868 Bd. 19 S. 264.
Dalziel. Zentralbl. f. Gynäk. 1899. S. 29.
Douglas. Annals of surgery 1903 S. 372.
Dreschfeld. Virchow-Hirsch's Jahresbericht 1881 S. 287.
Eiselsberg. Wien. klin. Wochenschr. 1890. S. 438.
Förster. Handbuch d. path. Anatomie Bd. II.
Fraillin. Revue mens. d'Obst. et de Gyn. de Bordeaux 1899. S. 188.
Freund R. Handbuch der Gynäk. herausgegeb. v. Veit 2. Aufl. Bd. V. S. 534.
Gardner u. Adami. Montreal Medical Journal June 1900.
Garkisch. Bruns Beiträge Bd. 67.
Gerster. Annals of surgery 1898 Bd. 28. S. 657.
Grosch. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 26. S. 307.
Guire. Old Dominion I. M. S. Richmond 1904/5 III.
Gussenbauer. Wiener med. Wochenschr. 1899. Nr. 3.
Hagen-Thorn. Arch f. klin. Chir. Bd. 85. S. 1043.
Hartmann et de la Cêne. Congr. de Urolog. (Viscontini.)
Heinricius. Deutsche Zeitschrift f. Chir. 1900 Bd. 56. S. 579.
Ders. Archiv f. klin. Chir. 1904. Bd. 72. S. 172.
Herisson. Thèse. Les Lipomes rétroper. Paris 1909.
Heurtaux. Arch. provinciales de chir. 1893. II. S. 164.
Homans. Boston med. and surg. journal 1883 I 241.
Horn. Dissert. Breslau 1894.
Huwe. Dissert. Greifswald 1904.
Jackson. Centralbl. f. Gynäk. 1890. S. 687.
Johnstone. Brit. med. Journ. 1904. S. 1542.
Ders. Brit. med. journ. 12. Okt. 1907.
Josephson och Vestberg. Hygiea med. farmoc. Monadskrift 1895 II. 396 (Ref. Centralbl. f. Chir. 1896 S. 175).
Kaufmann. Lehrbuch d. spez. path. Anatomie.
Kay. Centralbl. f. Chir. 1908. Nr. 46.
Knauer. Centralbl. f. Gynäk. 1902. Nr. 47.
Koefoed. Centralbl. f. Chir. 1887. Nr. 46. S. 677.
König. Berl. klin. Wochenschr. 1900. Nr. 28.
Kouwer. Ref. bei Büttner.

Kümell. Deutsche med. Wochenschr. 1886. S. 903.
Kundrat. Ref. bei Salzer.
Küstner. Centr. Bl. f. Gynäk. 1908. S. 406.
Ders. Lehrbuch d. Gynäk. 3. Aufl. S. 360.
Laroyenne. Gaz. des Hosp. de Toulouse 1895. S. 292.
Latouche. Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris 1900 Bd. 26. S. 889.
Lauwers. Bull. de l'acad. de méd. belge 1891. S. 311.
Lejars. Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris 1898. Nr. 27. S. 449. (Ref. Centralblatt f. Chir. 1899 S. 615.)
Lennander. Centralbl. f. Chir. 1895. Nr. 4. S. 97.
Levison. Pacif. M. J. San-Franc. 1903. Nr. 46.
Lexer. Centralbl. f. Chir. 1901. Nr. 6. S. 176.
Lindquist. Hygiea 1902. Nr. 11. S. 2.
Lobstein. Traité d'anatomie pathol Parts 1829.
Lockwood. Lancet. 1895. S. 1300.
Lotheissen. Arch. f. klin. Chir. 1896. Bd. 56. S. 740.
Madelung. Berl. klin. Wochenschr. 1881. Nr. 6 S. 75.
Martin. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 19. S. 299.
Meyer. Dissert. Erlangen 1891.
Meredith. Clin. Soc. transactions Bd. 20. S. 206.
Mercadé. Bull. et mém. Soc. anat. Paris 1904. S. 755.
Michel. Centralbl. f. Gynäk. 1904. S. 1205.
Monod. Bull. et. mém. Soc. de Chir. Paris 1892. S. 681.
Morgagni. De sedibus et causis morb. Epist. 39. S. 317.
Morris. Surgical diseases of the kidney. Lond. 1901 II. S. 29.
Moynier. Compt. rend. Soc. de Biol. 1850 II. S. 139.
Neumann. Arch. f. klin. Chir. Bd. 77. S. 411.
Neupert. Arch. f. klin. Chir. 1906. Bd. 82. S. 803.
Nyrop. Ref. in Virchow-Hirsch's Jahresber. 1887. Bd. 2. S. 717.
Ogstone. Lancet 1891. II. S. 425.
Pagenstecher. Die klin. Diagnose der Bauchgeschwülste. Wiesbaden 1911. S. 207.
Péan. Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin Paris 1880. I. S. 1129. (Ref. Virchow-Hirsch's Jahresbericht 1886. Bd. II. S. 421.)
Percheron. Bull. et mém. Soc. anat. de Paris 1899 Bd. I. S. 474.
Pernice. Deutsche med. Wochenschr. 1884. Nr. 52. S. 850.
Peyrot. Bull. et mém. Soc. d. chir. Paris. 1892. S. 383.
Pick. Transact. path. Soc. of London 1869 XX. S. 337.
Piseck. Ref. Virch.-Hirsch's Jahresber. 1883, S. 300.
Proust et Trèves Rev. de gyn. et de chir. abd. 1908. Nr. 1. S. 93.
Pupovak. Wiener kl. Woch. 1855. Nr. 3.
Reynold and Wadsworth. Centralbl. f. Chir. 1906. Nr. 42.
Ribbert. Geschwulstlehre.
Richter. Centralbl. f. Gynäk. 1911. Nr. 24. p. 860.
Rosmanit. Ref. v. Salzer l. c.
Roux. Semaine méd. 1893. S. 159.
Salzer. Wien. klin. Wochenschr. 1888. S. 199.
Schiller. Ref. bei Josephson l. c
Skutsch. Münch. med. Woch. 1898. S. 1483.
Souligoux. Soc. Chir. Paris 1903 u. 1909.
Spencer H. Obst. Transact. 44. 1902, S. 273.
Spencer Wells. Transactions of the path. Soc. of London 1868. S. 243.
Ders. Brit. med. Journ. 1884. I. S. 758.
Terrier et Guillemain. Rev. de Chir. 1892 S. 747.
Terrillon. Bull. de l'acad. de méd. Okt. 1885.
Ders. Archiv gén. de méd. 1886 S. 257.
Ders. Leçons de clin. chir. 1888. S. 460.
Thiriar. Centralbl. f. Gyn. 1890. Nr. 17.

Tillaux. Ref. bei Büttner l. c.
Tillman. Hygiea 1892. S. 277.
Ullmann. Hygiea 1901. I. Teil. S. 64.
Vallas. Soc. Chir. de Lyon. 1903.
Van der Veer. Americ. Journ. of. med. Sc. 1892, Jan. S. 18.
Vegesack. Diss. Tüb. 1910.
Virchow. Die krankhaften Geschwülste.
Voeckler. Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1909. Bd. 98, S. 149.
Waldeyer. Virch. Arch. Bd. 32. 1865. S. 543.
Walser. Allgem. Wiener med. Zeitschr. 1881. Nr. 6. S. 63.
Weinless. Indian M. Gaz. Calcutta 1908. Nr. 43. S. 336.
Weichselbaum. Virch. Arch. Bd. 64. S. 145.
Weinhold. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 27. 1908. S. 266.
Wiglesworth. Lancet 1883. II. S. 1121.
Witte. Centralbl. f. Gynäk. 1893 Nr. 48. S. 1143.

Lebenslauf.

Ernst Friedmann, geboren am 23. August 1885 in Hof, besuchte in seiner Vaterstadt Volksschule und Gymnasium und bezog im Herbst 1905 die Universität München. Er studierte daselbst 10 Semester lang Medizin und unterzog sich hier auch im Frühjahr 1908 der ärztlichen Vorprüfung und im Herbst 1910 der ärztlichen Approbationsprüfung. Am 1. Februar 1911 trat er in das praktische Jahr ein, daß er teils am Stadtkrankenhaus Hof, teils an der kgl. Anatomie München zubrachte.